

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO

Av. Belem, 353, Centro – CEP 89870-000 – Pinhalzinho – SC
Fone: (0**49) 3366-6640 – CNPJ: 09.129.733/0001-03

CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº017/2015

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINHALZINHO, POR INTERMÉDIO DO FUNDO DE SAÚDE DE PINHALZINHO, E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DE PINHALZINHO.

Contrato que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE PINHALZINHO**, pessoa jurídica de direito público interno, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO**, com sua sede administrativa estabelecida na Av. Belém, nº 353, Centro, Pinhalzinho/SC, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 09.129.733/0001-03, neste ato representado pelo Prefeito Municipal em Exercício Sr. **Ladir Cassol**, portador da Cédula de Identidade RG nº 710.406-5 SSP-SC e inscrito no CPF/MF sob o nº 249.725.419-20, residente e domiciliado nesta cidade de Pinhalzinho/SC; e pela Secretária Municipal da Saúde, Sra. **AIDA DA SILVA**, portadora da Cédula de Identidade RG nº. 1617172/SSP-SC e inscrito no CPF/MF sob o nº. 853.706.229-49, doravante denominado simplesmente de **CONVENENTE**, e a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DE PINHALZINHO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 83.297.739/0001-34, com sua sede administrativa estabelecida na Rua Belo Horizonte, nº. 2.200, na cidade de Pinhalzinho/SC, neste ato representado pelo seu Presidente Sr. **João Batista Brancher**, portador do CPF sob o nº. 182.831.799-34, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, mediante sujeição mútua às normas constantes da Lei. 8.666, de 21 de junho de 1993 e legislação pertinente, ao edital antes citado, à proposta e às seguintes cláusulas contratuais:

I - DO OBJETO:

É objeto do presente contrato, a **transferência de recursos financeiros para custear despesas com o atendimento hospitalar**, na forma de plantão médico e ambulatorial, de emergência e urgência, para Municípios Pinhalenses, incluindo-se no atendimento de urgência e emergência, mesmo não residindo no Município, funcionários das empresas locais em horário de trabalho conforme legislação vigente.

Contempla ainda o referido objeto os seguintes serviços elencados abaixo:

1 - atendimento médico e hospitalar em plantão para os casos de emergência e urgência, por 24 horas, nos dias úteis, finais de semana, feriados nacionais e municipais e pontos facultativos conforme estabelece Decreto Municipal nº 09/2015 de 20 de Janeiro de 2015.

2 – A CONVENIADA fornecerá mensalmente à CONVENENTE, sem custos adicionais, 280 (duzentos e oitenta) exames convencionais de Raio-X, com Laudo Técnico, mediante agendamento autorizado pela CONVENENTE nos termos do item 02.04. A do Contrato de Prestação de Serviço no SUS nº 0001/2015.

3 – A CONVENIADA fornecerá contra-referência para o médico da Atenção Básica dos atendimentos no plantão para os casos em que necessite de continuidade no tratamento;

4 – A CONVENIADA realizará testes da “ORELHINHA” e “OLHINHO” a todos os bebês nascidos sob a cobertura do SUS na Associação Hospitalar Beneficente de Pinhalzinho;

5 – A CONVENIADA realizará serviço de verificação de óbito nos horários em que as Unidades de Saúde não estiverem atendendo, desde que o corpo seja apresentado ao Hospital;

6 – A CONVENIADA fornecerá Atestado Médico ou Declaração de Comparecimento dos horários em que o paciente buscou o plantão;

Parágrafo primeiro: a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DE PINHALZINHO**, assume total responsabilidade pela contratação dos profissionais - médicos e de enfermagem - para a realização dos serviços, objeto deste convênio.

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO

Av. Belem, 353, Centro – CEP 89870-000 – Pinhalzinho – SC
Fone: (0**49) 3366-6640 – CNPJ: 09.129.733/0001-03

Parágrafo segundo: deverão ser atendidos pelo plantão, os casos de urgência/emergência, situação esta, avaliada pelo médico plantonista, cuja escala será elaborada pela direção da entidade CONVENIADA, juntamente com o corpo clínico.

Parágrafo terceiro: os pacientes encaminhados para as cirurgias eletivas, deverão necessariamente ser atendidos na rede básica municipal, os quais serão devidamente encaminhados mediante protocolo pré-estabelecido, para a realização do procedimento cirúrgico, excluindo-se as cirurgias de pacientes de outros municípios.

Parágrafo quarto: caso o paciente optar por outro médico, que não seja o de plantão, ou seja: em caráter particular, será responsável pelo pagamento das despesas decorrentes do atendimento, estando o Município CONVENIENTE e a entidade CONVENIADA desobrigados de custear referidas despesas.

Parágrafo quinto: os pacientes vítimas de acidente de trânsito serão atendidos por meio do Seguro DPVAT.

II - DOS VALORES:

O Município de Pinhalzinho, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, repassará à Associação Hospitalar Beneficente de Pinhalzinho, **mensalmente** até o dia 10 do mês subsequente o valor de **R\$ 65.000,00** (Sessenta e cinco mil reais).

III - DO PRAZO DE EXECUÇÃO E DA VIGÊNCIA:

O prazo estabelecido para a execução deste convênio está contado a partir de **01/03/2015** até a data de **31/07/2015**, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, desde que em comum for devidamente acordado.

IV - DAS ALTERAÇÕES:

Acordadas as partes, o presente convênio poderá ter cláusulas alteradas, mediante termo aditivo.

V - DO FUNDAMENTO LEGAL:

O presente termo de convênio tem fundamentação legal de acordo com a legislação em vigor, especialmente a Lei 8.666/93, e demais alterações posteriores, consolidadas.

VI - DA OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO CONVENIENTE:

O município CONVENIENTE obriga-se á:

I - repassar os recursos financeiros de acordo com o plano de aplicação;

II - coordenar, fiscalizar, acompanhar e avaliar a execução deste convênio;

III - examinar e aprovar, por parecer técnico, reformulação do plano de trabalho, quando se fizer necessária, desde que não impliquem na alteração do objeto do convenio.

VII - DA OBRIGAÇÃO DA ENTIDADE CONVENIADA:

A CONVENIADA se obriga á:

I - responsabilizar-se pela correta aplicação dos recursos recebidos, não podendo ser destinados a outros fins, sob pena de rescisão, sem prejuízo da responsabilização dos dirigentes;

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO

Av. Belem, 353, Centro – CEP 89870-000 – Pinhalzinho – SC
Fone: (0**49) 3366-6640 – CNPJ: 09.129.733/0001-03

II - ressarcir ao Fundo Municipal de Saúde de Pinhalzinho, os recursos recebidos deste, quando se comprovar a inadequada utilização;

III - responsabilizar-se pelos encargos de natureza fiscal, trabalhista e previdenciária, danos causados a terceiros, e pagamentos de seguros em geral, eximindo o FUNDO de quaisquer ônus e reivindicações de terceiros, em juízo ou fora dele;

IV - responsabilizar-se pelo cumprimento dos prazos estabelecidos, quanto a utilização dos recursos;

V - não usar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção social e pessoal de autoridades ou servidores públicos;

VI - aceitar a supervisão e orientação técnica promovida pelo FUNDO, fornecendo imediatamente as informações necessárias a sua execução;

VII - encaminhar ao FUNDO prestação de contas dos recursos recebidos, no prazo máximo de sessenta dias, contados da data do recebimento do mesmo;

VIII - manter conta corrente especificada junto ao Banco Oficial, Associação Hospitalar Beneficente de Pinhalzinho. – convênio FMS;

IX - utilizar os recursos única e exclusivamente para o fim estabelecido pela cláusula primeira deste termo, sob pena de ressarcimento ao FUNDO, dos valores repassados, com atualização monetária e juros legais, independente de procedimento judicial;

X - prestar gratuitamente os atendimentos relativos ao convênio;

XI - manter cadastros, prontuários e relatórios individualizados dos usuários, por tipo de atendimento, de modo a permitir o acompanhamento a supervisão e o controle dos serviços;

XII - Permitir a fiscalização e acompanhamento do município nas atividades do atendimento hospital, desde que permitido por Lei ou outra norma legal;

XIII - Fornecer a necessária infraestrutura à realização dos procedimentos conveniados;

XIV - Esclarecer os pacientes sobre os direitos e serviços oferecidos;

XV - Notificar o município Conveniente sobre eventuais alterações em seus estatutos ou sua diretoria, enviando-lhe no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da alteração, cópias dos documentos que determinaram as alterações;

XVI - É expressamente proibida a entidade Conveniada, cobrar ou mesmo receber valores, dos munícipes Pinhalenses, pelos serviços que são objeto do presente contrato.

VIII - DOS REPASSES:

O valor pactuado será repassado mensalmente e depositado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO.

IX - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:

A prestação de contas dos recursos financeiros será elaborada de acordo com as normas de contabilidade e de auditoria expedidas pelo Tribunal de Contas do estado.

X - DA FISCALIZAÇÃO:

Cabe ao Fundo decidir sobre a oportunidade e conveniência de proceder a fiscalização nas instalações e documentos relativos a este convênio.

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHALZINHO

Av. Belem, 353, Centro – CEP 89870-000 – Pinhalzinho – SC
Fone: (0**49) 3366-6640 – CNPJ: 09.129.733/0001-03

XI - DAS PENALIDADES E DO DESCUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES:

A ocorrência de irregularidades que impliquem descumprimento de quaisquer cláusulas deste instrumento poderá acarretar a sua rescisão imediata, incluindo a suspensão do repasse, independente de decisão judicial, ainda, o descumprimento pelos Convenentes dos compromissos assumidos neste convênio, ensejará a rescisão do presente instrumento e a aplicação das penalidades previstas na Lei n. 8.666/93, arts. 79, 80, 81, 86, 87 e 88, uma vez que os Convenentes são concordes de que as mesmas devam ser aplicadas a este convênio.

XII - DA RESCISÃO:

Poderá haver a rescisão deste convênio, em decorrência de fato superveniente, em decorrência da aplicação das penalidades previstas, por mútuo acordo, a qualquer época.

XIII - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

As despesas decorrentes do cumprimento do presente convênio pelo município, estão consignadas em dotação própria do orçamento de 2015, na Secretaria Municipal de Saúde.

XIV - DO FORO:

Fica eleito o foro da Comarca de Pinhalzinho/SC, para dirimir as questões decorrentes da execução deste convênio, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que este seja.

E para completa validade do que ficou acordado, firmam o presente convênio, com seis vias na presença das testemunhas abaixo relacionadas.

Pinhalzinho/SC, 17 de Março de 2015.

Ladir Cassol
Prefeito Municipal em Exercício

João Batista Brancher
Associação Hospitalar Beneficente de
Pinhalzinho/SC

Aida da Silva
Secretária Municipal da Saúde

Nelso Dalcin Lago
Diretor Técnico

Testemunhas:

Nome:Dione Wiggers Jung
CPF: 016.338.539-42

Nome:Neuro Antonio da Silva
CPF: 430.107.689-15